Deutscher Bundestag **Drucksache 16/7973**

16. Wahlperiode 05. 02. 2008

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 16/7813 –

Medikamentenabhängigkeit in der Bundesrepublik Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Bislang gibt es aufgrund mangelnder Forschung nur wenig verlässliche Daten zur Problematik der Medikamentenabhängigkeit. Schätzungen gehen von 1,4 bis 1,9 Millionen Medikamentenabhängige in Deutschland aus. Eine vergleichbar große Zahl Personen gilt als gefährdet. Damit liegt die Zahl ähnlich hoch wie bei Alkoholabhängigen und deutlich über der der Abhängigen von illegalen Drogen.

Frauen sind nach bisheriger Erkenntnis doppelt so häufig betroffen wie Männer. Die Gefahr einer Medikamentenabhängigkeit steigt ab dem 60. Lebensalter stark an. Betroffene zeigen in der Regel keine Ausfallerscheinungen oder exzessiven Verhaltensweisen und sind häufig angepasst, sozial integriert und nicht selten sehr leistungsorientiert. Bis die Abhängigkeit erkannt wird, vergehen oft Jahre.

Etwa 5 bis 6 Prozent aller Medikamente besitzen ein Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. Schätzungsweise 30 Prozent dieser Mittel werden heute nicht aus akuten therapeutischen Gründen, sondern zur Vermeidung von Entzugserscheinungen eingenommen. Circa 1,1 Millionen Menschen sind von Benzodiazepinen und damit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln abhängig; das entspricht ca. 80 Prozent der Medikamentenabhängigen. Die Zahl der Schmerzmittelabhängigen wird auf ca. 300 000 bis 500 000 Menschen geschätzt.

Die bisherigen Konzepte der Suchtbehandlung erreichen Medikamentensüchtige nur schlecht. Weniger als 1 Prozent der bewilligten Suchttherapien bezieht sich bisher auf Medikamentenabhängigkeit. Es gibt nur wenige Kliniken, die ein spezielles Suchtbehandlungsprogramm für Medikamentenabhängige anbieten. Auch andere Suchthilfeeinrichtungen haben oft keine speziellen Konzepte, die auf Medikamentenabhängige zugeschnitten sind. Der Anteil der Selbsthilfegruppen liegt nur bei etwa drei Prozent aller Gruppen im Bereich Sucht. Die Bundesregierung gibt in ihrem Drogen- und Suchtbericht 2007 zu, dass es Defizite insbesondere bei der Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Frauen und älteren Menschen gibt.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 1. Februar 2008 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Abhängigkeit von Medikamenten liegt ein komplexes – individuelle wie soziale Faktoren umfassendes – Ursachengeflecht zugrunde. Medikamentenabhängigkeit kann nur in einer gemeinsamen Anstrengung aller Beteiligten, sowohl der Ärztinnen und Ärzte, als auch der Apothekerinnen und Apotheker sowie der Patientinnen und Patienten entgegengewirkt werden. Die Bundesregierung hat im Jahr 2006 die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) beauftragt, Möglichkeiten der Erreichbarkeit ausgewählter Bevölkerungsgruppen durch Materialien zu Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit zu untersuchen. Neben der Darstellung des Forschungsstandes wurde eine Bewertung der vorhandenen Materialien vorgenommen. Die in der Kleinen Anfrage zitierten Aussagen zum Forschungsstand beziehen sich offensichtlich auf diese Veröffentlichung (Karin Mohn: Möglichkeiten und Defizite in der Erreichbarkeit ausgewählter Zielgruppen durch Maßnahmen und Materialien zur Reduzierung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit: Bewertung anhand aktueller Forschungsergebnisse und Beispielen aus der Praxis, Hamm 2006). Die Studie enthält neben der Beschreibung der Situation eine Fülle von positiven Beispielen und Projekten. Die Beauftragte der Bundesregierung für Drogenfragen hat im Nachgang zu dieser Studie Gespräche mit verschiedenen Beteiligten geführt, um die Angebote für Medikamentenabhängige im Bereich der Prävention wie der Hilfe zu verbessern.

Die wirksamste Prävention ist die Vermeidung von Missbrauch und Abhängigkeit. Da der größte Anteil der Medikamente mit Suchtpotential verschreibungspflichtig ist, kommt insbesondere den Ärztinnen und Ärzten eine große Verantwortung zu. Deshalb begrüßt die Bundesregierung, dass mit dem Leitfaden der Bundesärztekammer „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ seit 2007 eine wichtige Hilfe für Ärztinnen und Ärzte vorliegt, um Medikamentenabhängigkeit zu vermeiden. Die Bundesregierung wird die Ärzteschaft darin unterstützen, für eine breite Anwendung des Leitfadens in der Praxis zu sorgen. Dazu hat die Beauftragte der Bundesregierung für Drogenfragen bereits Gespräche mit der Bundesärztekammer aufgenommen.

1. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Zahl der Medikamentenanhängigen in Deutschland?

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS) schätzt die Zahl der Medikamentenabhängigen in Deutschland auf 1,4 bis 1,5 Millionen (Glaeske, G., 2008: Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): Jahrbuch Sucht, 2008). Aus der Repräsentativerhebung zum Konsum und Missbrauch psychoaktiver Substanzen (Kraus, L. & Augustin, R., 2005: Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003 Sucht, 51) ergibt sich eine Prävalenz von ca. 1,9 Millionen Arzneimittelabhängigen in Deutschland (vgl. auch Soyka et al., 2005). Nach den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 haben 2,0 Prozent der Männer und 4,2 Prozent der Frauen Benzodiazepin- und/oder barbituratsäurehaltige Psycholeptika in den letzten sieben Tagen vor der Befragung angewendet.

b) Sieht die Bundesregierung Bedarf für Studien zur Verbreitung der Medikamentenabhängigkeit in Deutschland?

Wenn nicht, wieso nicht?

Wenn ja, plant sie eine solche Studie zu unterstützen?

Mit den genannten Studien lässt sich das Ausmaß der Medikamentenabhängigkeit abschätzen. Derzeit wird darüber hinaus im Auftrag des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte das Forschungsprojekt „Entwicklung und Durchführung eines Dokumentationssystems zum Medikamentenmissbrauch zur Evaluierung von regulatorischen Maßnahmen“ unter der Leitung von Prof. Dr. Peter Raschke (Institut für interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg) durchgeführt. Die Frage nach weiterem Forschungsbedarf zum Ausmaß der Medikamentenabhängigkeit kann erst nach Abschluss des Forschungsprojektes bewertet werden. Forschungsbedarf besteht beispielsweise im Bereich von Daten, die den Zusammenhang von Medikamentenabhängigkeit mit Erkrankungen und Beschwerden verdeutlichen und bei denen besonders häufig Medikamente mit Abhängigkeitspotential nachgefragt und verschrieben werden, beispielsweise bei chronischen Schmerzen und psychischen Beeinträchtigungen.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert wissenschaftliche Projekte zur Suchtforschung bereits seit 1991. Im Programm der Bundesregierung „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ werden zurzeit vier Suchtforschungsverbünde mit einem Gesamtvolumen von ca. 26 Mio. Euro gefördert. Die vom BMBF geförderten Suchtforschungsverbünde konzentrieren ihre Arbeit derzeit auf Projekte zur Nikotin- und/oder Alkoholabhängigkeit und in geringerem Maße auch auf illegale Drogen. Zentrales Interesse des BMBF ist dabei die Umsetzung des bisher erworbenen Wissens in die Versorgungspraxis, außerdem sollen Strukturen geschaffen werden, die es deutschen Suchtforschern ermöglichen, Forschung auf höchstem Niveau durchzuführen und vermehrt Forschungsgelder einzuwerben. Nach den bisherigen Bewertungen durch ein internationales Gutachtergremium hat die Suchtforschung in Deutschland durch die intensive Bundesförderung in den letzten Jahren internationales Niveau erreicht. Die im Rahmen der Förderung aufgebaute Forschungsinfrastruktur erscheint auch geeignet, Projekte zur Medikamentenabhängigkeit durchzuführen.

c) Sieht die Bundesregierung hinsichtlich der von ihr geplanten Auswertung der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys aus dem Jahr 1998 (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2007, S. 35) Probleme, was die Aktualität der daraus gewonnenen Erkenntnisse betrifft?

Wenn nicht, wieso nicht?

Die Daten aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS 98) wurden bereits ausgewertet und veröffentlicht (Knopf, H., & Melchert, U.: Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch Berlin 2003). Eine weitere Auswertung speziell zum Konsum von psychotropen Medikamenten und Alkohol (Use of Psychotropic Drugs and Alcohol among Non-Institutionalized Elderly Adults in Germany) wird in Kürze zur Publikation fertig gestellt. In dieser Auswertung wird deutlich, dass die kombinierte Nutzung von psychotropen Medikamenten und Alkohol eine in Deutschland quantitativ bedeutsame Risikogruppe betrifft. Auch wenn die Erhebungen zum Bundes-Gesundheitssurvey aus dem Jahre 1998 sind, bieten die dort erhobenen Daten eine wichtige Informationsquelle und können Basisdaten für weitere Untersuchungen zur Abhängigkeit älterer Menschen liefern.

2. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die volkswirtschaftlichen Folgekosten, die jährlich durch Medikamentenabhängigkeit entstehen?

Die volkswirtschaftlichen Folgekosten der Medikamentenabhängigkeit werden derzeit auf ca. 14 Mrd. Euro geschätzt. (DHS, BKK & KBV, Fachtagung 2007, Quelle: http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/07-04-23fachtagung_fakten_final1.pdf).

b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die indirekten Folgekosten, die durch kontraindizierte oder fehlerhaft dosierte Einnahme von Medikamenten mit Suchtpotential entstehen?

Über die Höhe der indirekten Folgekosten, die durch kontraindizierte oder fehlerhaft dosierte Einnahme von Medikamenten mit Suchtpotential entstehen, liegen der Bundesregierung keine Schätzungen vor.

3. a) Welche Gründe sieht die Bundesregierung für die überdurchschnittlich starke Betroffenheit von Frauen?

   Wo liegen nach ihrer Ansicht die Risikofaktoren für eine solche Abhängigkeit bei Frauen?

Für die besondere Betroffenheit von Frauen kommen unterschiedliche Gründe in Betracht. Frauen leiden häufiger unter den „Grundkrankheiten“ Depressionen, Angststörungen und chronische Schmerzen. Bei bestehenden psychischen Belastungen haben Frauen eine höhere Präferenz für eine Medikamenteneinnahme, Männer hingegen eine höhere Neigung zum Alkoholkonsum. Dieser Unterschied lässt sich vor allem durch gesellschaftlich vermittelte Geschlechterrollen erklären. Frauen gehen generell häufiger zum Arzt und konsumieren insgesamt mehr Medikamente. Frauen sind häufiger Opfer sexuellen Missbrauchs. Sexueller Missbrauch ist ein besonderer Risikofaktor für die Entwicklung einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen.

b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Prävalenz und die Ausprägungsformen der Medikamentensucht bei Männern?

Die Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit ist bei Männern geringer. Lediglich die missbräuchliche Verwendung von Anabolika ist bei Männern häufiger. Gesellschaftlich vermittelte Schönheitsideale und Geschlechterrollen spielen hierbei eine entscheidende Rolle. Aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 geht hervor, dass die kombinierte Einnahme von Alkohol und Medikamenten bei Männern häufiger als bei Frauen anzutreffen ist.

4. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über eine soziale Benachteiligung als Risikofaktor?

   Wie will sie das hier festgestellte Forschungsdefizit beheben (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2007, S. 34)?

Soziale Benachteiligung ist ein unspezifischer Risikofaktor für gesundheitliche Beeinträchtigungen und deren Versorgung und nicht spezifisch für Medikamentenabhängigkeit. Um Informationen über die Auswirkungen sozialer Benachteiligung zu erhalten, wird bei den Bundes-Gesundheitssurveys besonderer Wert auf die soziale Schichtung und Aspekte sozialer Benachteiligung gelegt. Auch die übrigen Surveys enthalten in der Regel Angaben zur sozialen Schicht. Ein Forschungsdefizit wird im Drogen- und Suchtbericht nicht beschrieben, es fin-

det sich lediglich der Hinweis, dass der Zusammenhang zwischen Missbrauch von Medikamenten und sozialer Benachteiligung weniger erforscht ist als im Bereich anderer Abhängigkeiten.

5. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Zahl der Benzodiazepinabhängigen in Deutschland?

Inwieweit besteht in dieser Hinsicht weiterer Forschungsbedarf?

Benzodiazepine sind die Medikamentengruppe, deren Konsumenten die größte Zahl der Medikamentenabhängigen stellen. Ihre Verordnungshäufigkeit bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war in den letzten Jahren rückläufig. Dies wird jedoch durch die zunehmenden Verordnungen von Zolpidem und Zopiclon (Benzodiazepinrezeptoragonisten, Z-Drugs) sowie Privatrezepten weitestgehend kompensiert (Glaeske, G., 2007. Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In Jahrbuch Sucht, 2007). Eine vorläufige Auswertung der Daten zum Benzodiazepinkonsum im Rahmen der Studie unter der Leitung von Prof. Raschke (siehe Antwort zu Frage 1b) schätzt die Zahl der Patientinnen und Patienten mit problematischem Konsummuster auf ca. 1,2 Millionen.

b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Entwicklung der Abgabe von Benzodiazepinen auf Kassen- und Privatrezept in den vergangenen Jahren?

Die zu Lasten der GKV gehende Verordnung benzodiazepinhaltiger Hypnotika und Tranquilizer hat sich seit 1995 auf knapp ein Drittel reduziert (Lohse, M. J. & Müller-Oerlinghausen, B., 2007. Hypnotika und Sedativa. In U. Schwabe & D. Paffrath (Hrsg.), Arzneiverordnungsreport 2007, 641 bis 654 Berlin). Andererseits wurden Benzodiazepine neben den so genannten Z-Drugs wie Zopiclon, Zolpidem und Zaleplon in den letzten Jahren häufiger durch Privatrezepte verordnet. Faktisch ist daher vermutlich nur von einer Halbierung der Verordnungszahlen auszugehen.

c) Welche Probleme sieht die Bundesregierung im Hinblick auf ärztliches Verschreibungsverhalten bei Benzodiazepinen?

Gibt es hier nach ihrer Ansicht Handlungsbedarf?

Wenn ja, welchen?

Wenn nicht, wieso nicht?

Die generellen Verordnungszahlen von den Benzodiazepinen sind seit langem (1992 bis dato) stark rückläufig. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass diese Arzneimittel zunehmend auf Privatrezept verordnet werden. Der tatsächliche Verbrauch liegt also deutlich höher als hier angegeben. Zahlen darüber gibt es nicht, da sich Privatverordnungen der Erfassung zentraler Rechenzentren entziehen.

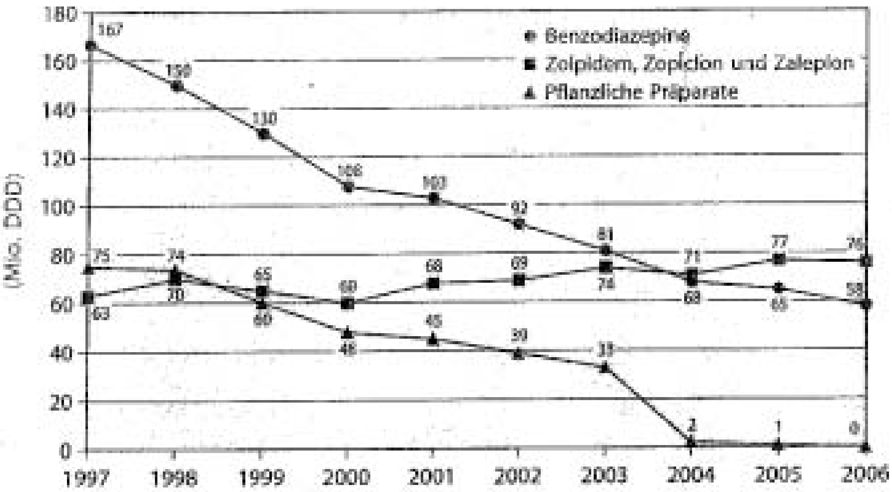


Abbildung 29.1: Verordnungen von Hypnotika und Sedativa 1997 bis 2006. Gesamtverordnungen nach definierten Tagesdosen

(aus Arzneiverordnungsreport 2007)

Die Frage, ob hier Handlungsbedarf besteht, ist nur auf der Ebene der Selbstverwaltung zu klären. Die Qualitätssicherung für das ärztliche Verordnungsverhalten liegt im Verantwortungsbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Ärztekammern.

d) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über den Anteil von kontraindizierten Verordnungen bei Benzodiazepinen?

PHAR-MON, ein am Institut für Therapieforschung in München im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführtes Informationssystem, das speziell den Problembereich des Arzneimittelmissbrauchs bei Personen mit gleichzeitigem Alkohol- und Drogenmissbrauch untersucht, findet aktuell Hinweise auf eine erneute Zunahme der Benzodiazepinverordnungen an alkoholabhängige Patienten (Rösner, S. & Küfner, H., 2007. Monitoring des Arzneimittelmissbrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON). Sonderheft Sucht Nr. 1, S. 65 bis 77). Aufgrund des hohen Risikos gefährlicher Wechselwirkungen zwischen Benzodiazepinen und Alkohol ist eine Verordnung dieser Substanzen an alkoholabhängige Patienten kontraindiziert. Die Diagnostik alkoholbezogener Störungen ist daher stärker als bisher in die ärztliche Verordnungsentscheidung einzubeziehen. Patienten sind darüber hinaus unabhängig von der Einschätzung ihres Alkoholkonsums auf das Risiko eines kombinierten Konsums von Alkohol und Benzodiazepinen hinzuweisen.

e) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über das Suchtpotential von Benzodiazepin-Ersatzpräparaten, den sog. Z-Drugs?

Einige Studien gehen davon aus, dass sich die Abhängigkeitsgefährdung durch Z-Drugs überwiegend auf Personengruppen mit bereits bestehendem Substanzmissbrauch beschränkt (vgl. z. B. Hajak, G., Muller, W. E., Wittchen, H. U., Pittrow, D. & Kirch, W., 2003. Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: a review of case reports and epidemiological data. Addiction, 98 (10), 1371 bis 1378). PHAR-MON findet Hinweise, wonach Z-Drugs in den untersuchten Klientengruppen neben psychischen und verhaltensbezogenen Kriterien auch Symptome einer körperlichen Adaption (Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen) erzeugen können (Rösner & Küfner, 2007, s. o.).

6. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Verbreitung der Medikamentenabhängigkeit bei Menschen, die älter als 60 Jahre sind?

Besteht hier nach Ansicht der Bundesregierung weiterer Forschungsbedarf?

Wenn nicht, wieso nicht?

Wenn ja, plant sie weitere Forschung auf diesem Gebiet zu unterstützen?

Die sichere Feststellung einer Medikamentenabhängigkeit ist im Einzelfall schwierig.

Gerade bei älteren Menschen lässt sich die Grenze von risikoreichem Konsum zur nachweisbaren Abhängigkeit u. a. aufgrund altersbedingter Veränderungen des Stoffwechsels nicht eindeutig festlegen.

Auswertungen von Langzeitverordnungen geben einen Hinweis darauf, dass Verordnungen in dieser Altersgruppe besonders hoch sind. So erhalten bis zu 8 Prozent der Frauen über 70 Jahren eine Langzeitmedikation von Benzodiazepinen (Glaeske, 2007, s. o.). Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurde in der Gruppe der Teilnehmer im Alter von 60 bis 79 Jahren bei 20,1 Prozent ein Konsum von psychotropen Medikamenten festgestellt. Um differenziertere Daten zu erhalten, wird die o. g. Studie am Robert Koch-Institut durchgeführt, siehe Frage 1c.

b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Einnahme von Benzodiazepinen durch allein lebende Menschen über 60?

c) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Einnahme von Benzodiazepinen durch Menschen in Altenpflegeeinrichtungen?

Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Gründe einer überdurchschnittlich starken Einnahme in einzelnen Einrichtungen?

Daten aus neueren Untersuchungen (Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten bzw. in Heimen: MUGIII 2005 und IV 2006) belegen, dass Benzodiazepine von 9,3 Prozent der untersuchten über 60-jährigen alleinlebenden Menschen und von 10 Prozent der Heimbewohner eingenommen wurden, davon in 90 Prozent der Fälle länger als vier Wochen. Im Vergleich mit den Verhältnissen bei der Voruntersuchung 1994/95 (16 Prozent der Heimbewohner) ist ein Rückgang festzustellen.

d) Was beabsichtigt die Bundesregierung zu tun, um die Einnahme von Benzodiazepinen bei über 60-Jährigen zu senken?

Was beabsichtigt die Bundesregierung zu tun, um die Einnahme von Benzodiazepinen in Altenpflegeeinrichtungen zu senken?

Als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Benzodiazepinabhängigkeit nennt der 4. Altenbericht neben früherer Suchterfahrung, langer Behandlungsdauer und Dosissteigerung auch psychosoziale Belastungen. Gerade bei älteren Menschen ist an Einsamkeit nach Partnerverlust, Einschränkungen sozialer Beziehungen/Aktivitäten durch Multimorbidität, Belastung durch Pflege des Partners, Schlaflosigkeit und chronische Schmerzen zu denken.

Mit neuen Wohnformen und dem Modellprogramm Mehrgenerationenhäuser fördert die Bundesregierung Strukturen, die Kommunikation und soziale Teilhabe begünstigen und somit Risikofaktoren entgegenwirken.

Der am 29. November 2007 vorgestellte Aktionsplan des BMG zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland sieht u. a. ein

Forschungsprojekt vor, mit dem die AMTS in Alten- und Pflegeheimen analysiert, die Entwicklung von Interventionsstrategien abgeleitet und deren Umsetzung in einem Modellprojekt erprobt werden sollen. Dabei wird die Anwendung von Benzodiazepinen ein besonderer Schwerpunkt sein.

7. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Zahl der Schmerzmittelabhängigen in Deutschland?

Inwieweit besteht in dieser Hinsicht weiterer Forschungsbedarf?

Bei der Schmerzmittelabhängigkeit ist zwischen der therapeutisch in Kauf genommenen Entwicklung einer Abhängigkeit in der Palliativmedizin und der vermeidbaren Schmerzmittelabhängigkeit zu unterscheiden. Darüber hinaus nennt die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) weitere Indikationen für eine vertretbare Langzeitanwendung von Opioiden in der Schmerztherapie. Nebenwirkungen können durch die schmerztherapeutisch gesteuerte Einnahme minimiert werden. Missbräuchliche Einnahme ist bei kontrollierten Schmerztherapien äußerst selten (Poser, W., Böning, J., Holzbach, R., & Schmidt, L. G., 2006. Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien). In L. G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkei & W. Gaebel (Eds.), Evidenzbasierte Suchtmedizin – Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln).

b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über das Suchtpotential von nicht rezeptpflichtigen Schmerzmitteln?

Das Suchtpotential von nicht rezeptpflichtigen Schmerzmitteln ist gering. Das Missbrauchspotential wird jedoch unterschätzt. Gesundheitliche Schäden können gravierend sein. So sind beispielsweise Nieren- und Leberschäden häufige Spätfolgen von unkontrolliertem Schmerzmittelkonsum.

8. a) Was muss nach Ansicht der Bundesregierung getan werden, um das Hilfs- und Therapieangebot für Medikamentenabhängige nachhaltig zu verbessern?

Was beabsichtigt die Bundesregierung dazu beizutragen?

Deutschland verfügt über ein breites Angebot an Suchthilfeeinrichtungen, das von Ländern und Kommunen sowie den Sozialversicherungen getragen wird. Dies steht prinzipiell auch allen von Medikamentabhängigkeit Betroffenen zur Verfügung. Allerdings sind spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote für Medikamentenabhängige bislang selten. Eine Ursache dafür dürfte darin liegen, dass Medikamentenabhängige dem Suchthilfesystem eher skeptisch gegenüberstehen und deshalb Angebote weniger nachfragen. Auf der anderen Seite sind die Beratungsstellen zu wenig auf die spezifischen Anforderungen der Beratung von Medikamentenabhängigen vorbereitet und qualifiziert. Dies kann nur durch Veränderungen vor Ort und eine bessere Kooperation aller Beteiligten verbessert werden.

Die Bundesregierung fördert das Modellprojekt „Motivierende Kurzintervention bei Medikamentenabhängigkeit“ an der Universität Lübeck unter der Leitung von Herrn Dr. Rumpf, mit dem die Wirksamkeit von Interventionen bei medikamentenabhängigen Männern und Frauen, die Patienten im Allgemeinkrankenhaus sind, auf ihre Wirksamkeit geprüft werden. Die Ergebnisse dieses Projektes werden Ende 2008 vorliegen.

b) Was sind die strukturellen und konzeptionellen Defizite, die die Bundesregierung hinsichtlich des Zugangs von Medikamentenabhängigen zu Suchthilfe- und sonstigen Gesundheitsversorgungseinrichtungen festgestellt hat (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2006, S. 86)?

Die zitierte Stelle auf Seite 86 des Drogen- und Suchtberichts 2006 bezieht sich auf das Projekt „Frauen – Medikamente – Selbsthilfe“, das die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. und der BKK Bundesverband mit den Abstinenz- und Suchtselbsthilfeverbänden durchgeführt haben. Die Ergebnisse des Projektes wurden im März 2005 in der Schriftenreihe Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band Nr. 10 veröffentlicht.

9. a) Welche konkreten Defizite gibt es bei der Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Frauen und älteren Menschen (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2007, S. 34)?

Was muss nach Ansicht der Bundesregierung getan werden, um diese Erreichbarkeit zu verbessern?

Die zitierte Stelle des Drogen- und Suchtberichts bezieht sich auf die in der Vorbemerkung der Bundesregierung erwähnte Studie der DHS (Mohn 2006). In dieser Studie werden die Defizite detailliert beschrieben, ebenso eine Vielzahl von vorhandenen Projekten dargestellt und Vorschläge zur Verbesserung der Erreichbarkeit entwickelt, die sich an die unterschiedlichsten Beteiligten richten.

b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die bisherige Akzeptanz von schriftlichen Informationsmaterialien für Medikamentenabhängige?

Welche Defizite hinsichtlich der Erreichbarkeit bestimmter Zielgruppen konnten dabei festgestellt werden?

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Informationsmaterialien und Broschüren über Medikamente mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotential, ihre sachgerechte Anwendung bei Beschwerden und Erkrankungen sowie über Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit für die breite Bevölkerung in der Regel bereits verfügbar sind. Es zeigen sich keine Hinweise, dass Gruppen mit geringerer Bildung sich seltener informieren, allerdings bevorzugen sie andere Medien als Gruppen mit höherer Bildung.

c) Über welche Multiplikatoren können nach Ansicht der Bundesregierung Medikamentenabhängige am besten erreicht werden?

Welche Rolle sollte nach ihrer Ansicht dabei die Beratung in Apotheken spielen?

Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker sind die entscheidenden Multiplikatoren, um Medikamentenabhängigkeit zu verhindern und Betroffenen zu helfen. Die Bundesärztekammer hat in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Experten des Suchthilfesystems sowie Patientenorganisationen einen Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zum Thema „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ erstellt. Derzeit berät die Bundesregierung mit der Bundesärztekammer, wie die Verbreitung des Leitfadens erhöht und seine Anwendung in der Praxis verbessert werden kann.

Auch die Beratung in Apotheken spielt eine wichtige Rolle. Hierzu finden derzeit ebenfalls Gespräche über ein mögliches Modellprojekt statt.

10. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Qualität der Beratung durch Apotheken im Hinblick auf Medikamente mit Abhängigkeitspotential?

    Inwieweit sieht sie hier Handlungsbedarf?

    b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Qualität der Beratung durch zugelassene Internet-/Versandapotheken im Hinblick auf Medikamente mit Abhängigkeitspotential?

    Inwieweit sieht sie hier Handlungsbedarf?

Apotheken sind sowohl nach der Apothekenbetriebsordnung als auch nach den landesrechtlichen Berufsordnungen rechtlich verpflichtet, Kunden und Ärzte zu informieren und zu beraten, soweit dies aus Gründen der Arzneimittelsicherheit erforderlich ist. Die Einhaltung der Beratungspflicht wird von den Ländern bzw. den zuständigen Kammern in den Ländern überwacht. Die Bundesregierung sieht insoweit keinen Handlungsbedarf.

11. a) Inwieweit sieht die Bundesregierung Bedarf, Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern sowie Patientinnen und Patienten herstellerunabhängige Informationen über Medikamente zur Verfügung zu stellen?

    Falls derartige Informationen bereits bestehen: Erreichen diese die Zielgruppe?

    In welcher Art und Weise will sie die Verfügbarkeit solcher unabhängiger Informationen initiieren oder unterstützen?

Die Bundesregierung hat bereits vielfältige Initiativen zur Verbesserung der Informationsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern sowie insbesondere von Patientinnen und Patienten entwickelt und unterstützt.

Der Betäubungsmittelsachverständigenausschuss hat sich im Januar 2008 mit Benzodiazepinen befasst und sich für die Aufnahme von Zulassungsauflagen für Benzodiazepine ausgesprochen. Diesen Empfehlungen zufolge erhalten die Fachkreise und die Anwender über Fachinformationen und Gebrauchsinformationen zielgruppenorientierte Informationen einschließlich eines Hinweises auf das Abhängigkeitspotential.

Den Bürgerinnen und Bürgern stehen die wichtigen amtlichen Angaben zu Medikamenten im Arzneimittel-Informationssystem der deutschen Zulassungsbehörden auf dem Portal „PharmNet.Bund.de“ kostenfrei zur Verfügung. Das Angebot wird kontinuierlich ausgebaut. Es umfasst zudem Gebrauchsinformationen (Packungsbeilagen) sowie Fachinformationen und zum Teil öffentliche Beurteilungsberichte mit weiteren Informationen für Zulassungen von Arzneimitteln.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bietet seit Februar 2006 auf seiner neuen Internetplattform unabhängige, evidenzbasierte und geprüfte Informationen an. Die Entwicklung der Plattform erfolgt in enger Abstimmung mit anerkannten Fachleuten, Patientenvertretern und der Patientenbeauftragten der Bundesregierung.

Darüber hinaus fördert das BMG im Rahmen des Aktionsplanes 2008/2009 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland (AMTS) u. a. die Bereitstellung wissenschaftlicher Daten zur Arzneimitteltherapiesicherheit während Schwangerschaft und Stillzeit in Form einer frei zugänglichen Internet-Informationsdatenbank für ca. 400 Wirkstoffe. Mit dem Forschungsprojekt werden durch das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxiko-

logie Berlin die validen Grundlagen für klinische Therapieentscheidungen, die Optimierung von Therapieplanungen und das Risikomanagement weiterentwickelt. In der Umsetzung des Vorhabens wird zudem eine Möglichkeit gesehen, eine zentrale präventivmedizinische Aufgabe zu unterstützen und die AMTS bei Schwangeren und Stillenden wirksam zu verbessern.

b) Sieht die Bundesregierung Bedarf, Hinweise auf das Abhängigkeitspotential eines Medikaments auch in der Packungsbeilage deutlicher hervorzuheben?

Wenn nicht, wieso nicht?

Wenn ja, in welcher Form sollte dies geschehen?

Die Angaben in der Packungsbeilage müssen nach dem Arzneimittelgesetz allgemein verständlich und in gut lesbarer Schrift dargestellt sein. Die zuständigen Bundesoberbehörden kontrollieren die Einhaltung dieser Vorgaben im Rahmen der Zulassungs- oder Verlängerungsentscheidung. Soweit ein erhebliches Abhängigkeitspotential besteht, wird in der Packungsbeilage hingewiesen. Eine deutlichere Hervorhebung ist nicht vorgesehen. Dies könnte eine kontraproduktive Wirkung im Hinblick auf die Wahrnehmung anderer, ebenfalls gesundheitlich wichtiger Informationen in der Packungsbeilage entfalten.

12. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Abgabe von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential auch ohne Vorlage eines Rezeptes im Internet?

Es ist bekannt, dass die Lieferung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential ohne Vorlage eines Rezeptes im Internet angeboten wird. Im Allgemeinen handelt es sich um Benzodiazepine und ihre Analoga. Über den Umfang der Bestellungen liegen der Bundesregierung keine Informationen vor. Diese Medikamente unterliegen im Falle ihrer Einfuhr, Ausfuhr oder Durchfuhr den betäubungsmittelrechtlichen sowie den zollrechtlichen Bestimmungen.

b) Inwieweit sieht sie hier nationalen, europäischen oder internationalen Handlungsbedarf?

Auf internationaler Ebene entwickelt das Internationale Suchtstoffkontrollamt (International Narcotics Control Board – INCB) Richtlinien über den Umgang mit Internetapotheken. Diese Richtlinien schlagen Maßnahmen der Gesetzgebung und der Überwachung vor, um den illegalen Handel mit Suchtstoffen über das Internet zu verhindern bzw. zu erschweren.

13. a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Auswirkung von öffentlicher Werbung für Medikamente mit Suchtpotential auf das Einnahmeverhalten?

Suchterzeugende Arzneimittel werden in aller Regel nach Anhörung von Sachverständigen den Anlagen des Betäubungsmittelgesetzes gemäß § 1 BtMG und damit den betäubungsmittelrechtlichen Regelungen unterstellt. Eine öffentliche Werbung für solche Arzneimittel ist gemäß § 14 BtMG ausgeschlossen.

Ferner unterliegen Arzneimittel mit ausgenommenen Zubereitungen der Anlage III des BtMG sowie Arzneimittel, die häufig und in erheblichem Umfang nicht bestimmungsgemäß gebraucht werden, der Verschreibungspflicht nach § 48 des Arzneimittelgesetzes. Für diese verschreibungspflichtigen Arzneimittel

ist eine Öffentlichkeitswerbung auf Grund § 10 Abs. 1 des Heilmittelwerbegesetzes verboten.

b) Inwieweit sieht die Bundesregierung Bedarf, die Werbung für Medikamente mit Suchtpotential zu beschränken?

Siehe Antwort zu Frage 13a.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333